



**You have downloaded a document from
RE-BUS
repository of the University of Silesia in Katowice**

Title: Strategie radzenia sobie rodziców chorych dzieci z ograniczonym dostępem do świadczeń medycznych

Author: Agnieszka Pasztak

Citation style: Pasztak Agnieszka. (2011). Strategie radzenia sobie rodziców chorych dzieci z ograniczonym dostępem do świadczeń medycznych. W: M. Górnik-Durose, J. Mateusiak (red.), "Psychologia zdrowia : konteksty i pogranicza" (S. 275-304). Katowice : Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.



Uznanie autorstwa - Użycie niekomercyjne - Bez utworów zależnych Polska - Licencja ta zezwala na rozpowszechnianie, przedstawianie i wykonywanie utworu jedynie w celach niekomercyjnych oraz pod warunkiem zachowania go w oryginalnej postaci (nie tworzenia utworów zależnych).



UNIwersYTET ŚLĄSKI
W KATOWICACH



Biblioteka
Uniwersytetu Śląskiego



Ministerstwo Nauki
i Szkolnictwa Wyższego

Strategie radzenia sobie rodziców chorych dzieci z ograniczonym dostępem do świadczeń medycznych

Agnieszka Pasztak

Uniwersytet Śląski w Katowicach
Instytut Psychologii

ABSTRACT: The article raises the issue of problem managing by parents of ill children with a limited access to medical services, connected with an organizational-legal situation of Polish health service nowadays. Empirical studies, conducted on the group of 250 parents allowed for defining the nature of the preventive strategies used, their conditioning and mutual relations. The results show that the biggest restrictions for parents are connected with the lack of centralized medical services in one place, waiting too long for services and high prices of medicaments. Parents blame doctors and centres in which their child is treated for taking medical decisions most often. In order to overcome restrictions they most frequently turn to the doctor when the first illness symptoms appear or, on the contrary, postpone it till the condition of a child gets worse substantially. What is common is treating children on one's own, though parents admit that they seldom make use of professional sources of information. They often look for support among their relatives. The majority of parents feel a strong sense of anger, evoked by an inappropriate functioning of health service in their opinion. Functioning in the so-called "Polish culture of complaining" on a daily basis, facilitates the expression of negative opinions, but also allows for obtaining and deepening social bonds supporting negative emotions. Despite a publicized phenomenon of the existence of a "grey area" in health service, the majority of parents clearly objected to giving bribes to doctors and nurses, admitting, at the same time, that they look for people who can accelerate medical services willingly. In spite of difficulties in obtaining medical services, a low inclination to resign from and small readiness to make complaints was observed.

KEY WORDS: parental coping, medical services, health-related consumer decisions

Wprowadzenie

W ekonomii zdrowie jest traktowane jako dobro publiczne. Odpowiedzialność za nie ciąży zarówno na jednostce, jak i na rodzinie, wspólnocie społecznej czy instytucjach publicznych. Przez wiele lat funkcjonował w Polsce tzw. system państwa opiekuńczego, obarczonego odpowiedzialnością za zdrowie i życie ludzkie, zapewniającego bezpłatne leczenie i tanie leki. Polityka taka — przy malejących nakładach finansowych i rosnących kosztach leczenia — doprowadziła do zadłużenia sektora zdrowia. Prowadzące do decentralizacji systemu opieki zdrowotnej utworzenie w 1999 roku kas chorych czy zastąpienie ich w 2003 roku Narodowym Funduszem Zdrowia nie poprawiło kondycji finansowej służby zdrowia, nie zwiększyło dostępności świadczeń ani nie podniosło w istotnym stopniu ich jakości.

Od lat największy problem stanowi ograniczona dostępność usług zdrowotnych. W placówkach medycznych świadczenia są udzielane według określonej kolejności zgłoszeń. Szpitale zostały zobligowane do prowadzenia list oczekujących na przyjęcie (szczególnie długich w ośrodkach świadczących usługi specjalistyczne) oraz do informowania NFZ o pojawiających się zmianach. Zgodnie z założeniami pacjenci mają możliwość ominięcia ustalonej kolejności w sytuacji nagłego zagrożenia zdrowia lub życia. Bywa jednak, iż chorzy zapisują się równocześnie na kilka list, dość powszechne jest również zjawisko „przeskakiwania kolejki”, czyli wykorzystywania nieformalnych związków z osobami, od których zależą decyzje medyczne (TYMOWSKA, 2006a). Pomimo zapewnionego ustawowo i konstytucyjnie równego dostępu do procedur medycznych (Karta Praw Pacjenta, 1997; Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, DzU 2004, art. 15.12) coraz powszechniejsze staje się zjawisko selekcjonowania pacjentów, diagnostyki i leczenia poza ustalonymi listami oczekujących. Jak pokazują badania, ponad połowa Polaków jest niezadowolona z funkcjonowania opieki zdrowotnej w naszym kraju. Odsetek osób niezadowolonych wzrasta z roku na rok (FELIKSIĄK, 2009). Niemal połowa polskich gospodarstw domowych zgłasza trudności z otrzymaniem skierowań do specjalistów i na badania specjalistyczne. Główną przyczyną odmowy wydania skierowania jest negowanie konieczności przeprowadzenia badań oraz brak środków na ich opłacenie (CZAPIŃSKI, PANEK, 2006). Najnowsze badania przeprowadzane przez CBOS pokazują poprawę w tej kwestii — 63% badanych twierdzi, iż w przypadku rzeczywistej potrzeby nie napotykają istotnych trudności z uzyskaniem takiego skierowania (FELIKSIĄK, 2009). Thomas E. GETZEN (2000) sugeruje, iż lekarze niejednokrotnie rezygnują z wystawiania skierowań na badania lub wizyty specjalistyczne ze względu na koszty administracyjne oraz wysiłek, jaki muszą włożyć, by uzasadnić skierowanie i przebrnąć przez

wiele procedur biurokratycznych. Dla chorych istotne problemy wiążą się z odległymi terminami wizyt i badań oraz z niewłaściwym traktowaniem ich przez personel medyczny. Do wielu usług dopłacają, przymusowo do leków i środków medycznych. Pomimo powszechnej, negatywnej oceny służby zdrowia Polacy dość pozytywnie wypowiadają się na temat poszczególnych jej aspektów. Coraz lepiej oceniają dostęp do specjalistów, do informacji medycznej oraz podkreślają poprawę w zakresie równego traktowania pacjentów przez personel medyczny (FELIKSIAK, 2009).

Większość Polaków korzysta ze świadczeń medycznych z powodu choroby własnej lub dziecka przynajmniej raz na pół roku. Są to przede wszystkim porady lekarzy ogólnych i specjalistów. Jak pokazują różne wyniki badań (por. WENZEL, 2008; FELIKSIAK, 2009; TYMOWSKA, 2007; CZAPIŃSKI, 2009), ponad trzy czwarte Polaków korzysta z usług medycznych w ramach powszechnego ubezpieczenia, około 40% leczy się państwowo i prywatnie, a zaledwie 7% korzysta wyłącznie z usług prywatnych. Z roku na rok wyraźnie wzrasta jednak liczba osób opłacających świadczenia medyczne z własnej kieszeni. Jak ujawniają badania przeprowadzane przez Pentor, CBOS czy w ramach Diagnozy Społecznej, niejednokrotnie przyczyną decyzji o korzystaniu z usług leczenia prywatnego jest łatwiejszy dostęp do nich, lepsza ich jakość oraz wcześniejsze, negatywne doświadczenia z publiczną służbą zdrowia. Osoby leczące się prywatnie gorzej niż pozostali oceniają funkcjonowanie publicznej służby zdrowia. Jednak, co ciekawe, pomimo akcentowanych przez środki masowego przekazu negatywnych opinii o dostępie do opieki zdrowotnej, finansowanej ze środków publicznych, nie obserwuje się zjawiska rezygnowania z leczenia w publicznych placówkach (TYMOWSKA, 2006a). Z roku na rok wzrasta natomiast ogólna tendencja do korzystania z usług medycznych, które coraz częściej traktowane są jako dobra konsumenckie. Polacy coraz częściej wybierają też usługi prywatne, co tłumaczy się narastającymi oczekiwaniami konsumenckimi odnośnie do jakości usług i traktowaniem ich jak towaru wyższego rzędu. Niejednokrotnie placówki prywatne zapewniają świadczenia lepszej jakości, otrzymywane szybciej, uzupełniające ofertę NFZ, dostosowując się tym samym do wzrastających potrzeb konsumenckich społeczeństwa (TYMOWSKA, 2007; WENZEL, 2008).

Badania przeprowadzone przez CBOS w 2007 roku wykazały, że ponad połowa Polaków negatywnie oceniała aktualny system opieki zdrowotnej, a co czwarty badany był przekonany, iż wymaga on zdecydowanych zmian. Niemal połowa respondentów twierdziła, że przede wszystkim należy ułatwić dostęp do świadczeń medycznych (głównie do specjalistycznych), 19% wypowiedziało się za zwiększeniem nakładów na opiekę zdrowotną, 18% zaś — za podniesieniem jakości leczenia, szczególnie za lepszym traktowaniem pacjentów przez personel medyczny i za polepszeniem jakości usług (SZCZEPAŃSKA, 2007a; 2007b).

Sytuacja w publicznej służbie zdrowia do niedawna powodowała, iż — przy wzrastającym pogorszeniu warunków ekonomicznych sporej części społeczeństwa — Polacy często rezygnowali z zakupu leków, leczenia stomatologicznego lub z wizyt u lekarzy specjalistów (por. DERCZYŃSKI, 2000; 2004; 2005). Podstawową przyczyną takich zachowań dla 13% Polaków była konieczność ponoszenia dodatkowych opłat oraz brak możliwości uzyskania niezbędnych (w opinii pacjenta) skierowań i zaświadczeń lekarskich (por. CZAPIŃSKI, PANEK, 2006; DERCZYŃSKI, 2000; TYMOWSKA, 2006a). W ostatnich latach można zaobserwować stopniowy wzrost zamożności polskiego społeczeństwa (CZAPIŃSKI, PANEK, 2009), nadal jednak najczęściej rezygnuje się z zakupu leków i z leczenia stomatologicznego. Co ciekawe, najrzadziej spośród różnych grup społecznych do rezygnacji ze świadczeń medycznych skłonne są małżeństwa z dziećmi (TYMOWSKA, 2007; CZAPIŃSKI, 2009).

Jednocześnie coraz prężniej rozwija się w Polsce system prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych. Osoby wybierające taką opcję dobrowolnie decydują się na zakup określonej usługi, gwarantującej zabezpieczenie w sytuacji choroby. Główne rodzaje ubezpieczeń obejmują poważne zachorowania, pobyt w szpitalu, operacje chirurgiczne, inwalidztwo, będące konsekwencją wypadków, oraz leczenie poza granicami kraju. Niejednokrotnie zapewniają też wyższą jakość uzyskiwanych świadczeń. Jednakże Polacy wciąż prezentują dość słabą skłonność do zakupu dobrowolnych polis zdrowotnych (por. GETZEN, 2000; SOBCZAK, DUDZIK, JUSZCZYK, 2003; TYMOWSKA, 2007). Niemal połowa badanych w ogóle nie jest nimi zainteresowana lub twierdzi, iż ich na to nie stać. Stosunkowo największą popularnością, szczególnie wśród rodzin z jednym lub dwojgiem dzieci, cieszą się polisy o wartości składek nieprzekraczającej 100 zł (TYMOWSKA, 2006a; 2007). Tak słabe zainteresowanie można wytłumaczyć albo tym, iż państwowy system opieki zdrowotnej, pomimo wielu ograniczeń, nie narusza na tyle poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego, by zwiększyć powszechność tego rodzaju zakupów, albo brakiem zaufania do towarzystw ubezpieczeniowych, deklarowanym przez co trzeciego Polaka (SZUMLICZ, 2006; TYMOWSKA, 2006a; 2007). Katarzyna TYMOWSKA (2006b) do podstawowych barier w rozwoju dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych zalicza dodatkowo stosunkowo niskie ceny usług prywatnych, znaczne ograniczenia podaży usług ze strony placówek medycznych oraz rozwijający się rynek abonamentów zdrowotnych, wykupywanych przez pracodawców.

W latach osiemdziesiątych XX wieku, gdy panował w naszym kraju kryzys i wystąpiły problemy z zakupem niemal wszystkich towarów, Polacy stosowali różne, często nielegalne strategie, by je otrzymać. Problemy współczesnej służby zdrowia wymuszają na ludziach podobne zachowania. Część osób walczy o dostęp do usług, inni wołają z nich zrezygnować. Zgodnie z hipotezą frustracji—agresji w takiej sytuacji może dojść do obniżenia warto-

ści niedostępnego produktu. Ci, którzy rezygnują, stosują często mechanizm racjonalizacji. Można do nich zaliczyć setki Polaków rezygnujących z powodu trudności finansowych z zakupu leków czy z odległej czasowo wizyty u specjalisty, tłumaczących, iż w rzeczywistości „nie są tacy chorzy”, by narażać się na dodatkowe obciążenia. Są też konsumenci pasywni, dla których wartość produktu nie ulega obniżeniu, a mimo to są skłonni do nieustannego narzekania na brak możliwości zdobycia go. Inni za wszelką cenę próbują zdobyć produkt, poszukując pośredników, wykorzystując prywatny import czy angażując się w nielegalne procedury. W sytuacji niedoborów o wiele wyraźniej zarysowuje się rola uprzywilejowanego statusu społecznego. To od niego w istotnym stopniu zależy dostęp do określonych dóbr, w tym do opieki medycznej (PIETRAS, 1994). Często zdarza się, iż osoby uprzywilejowane są celem ataków ze strony innych pacjentów i ich rodzin, sfrustrowanych, zmęczonych i odczuwających bezradność.

W szczególnej sytuacji znajdują się rodzice chorujących dzieci. Wpływ choroby na funkcjonowanie całego systemu rodzinnego, obserwowalne cierpienie dziecka i towarzyszący chorobie lęk o stan jego zdrowia nakładają się na trudną sytuację w służbie zdrowia. Na pierwszą pozycję w hierarchii wartości zostają wysunięte cele zdrowotne. Bywa, iż choroba wzbudza u rodziców poczucie winy, czasami jest traktowana jako kara za wcześniej popełnione grzechy lub zaniedbania. Towarzyszy jej gniew i zazdrość wobec innych rodziców, których dzieci są zdrowe. Z jednej strony — diagnoza i rokowania czy też nagłe pogorszenie stanu zdrowia dziecka mogą rodić rozpacz, poczucie bezsilności, przynębnienie. Z drugiej strony — poprawa stanu zdrowia dziecka oraz świadomość skuteczności własnych działań i działań medycznych wzbudzają radość i uczucie ulgi. Choroba dziecka, oddziałując na całą rodzinę, wymaga od wszystkich jej członków zmian w sposobie codziennego funkcjonowania, niejednokrotnie konieczności rezygnacji z wielu życiowych planów. Zmiany te mogą mieć charakter przejściowy, ale mogą również na stałe zaburzyć funkcjonowanie systemu rodzinnego. W znacznym stopniu zależą od charakteru choroby, obciążeń z nią związanych oraz możliwości adaptacyjnych rodziny (por. BAUMAN et al., 1997; GÓRALCZYK, 1996; KIVIMAKI et al., 2002; JELONKIEWICZ, 1992; KOSIŃSKA-DEC, JELONKIEWICZ, 1995; MARTIRE et al., 2004; PRADEEP, PRAKASH, HENAL, 2004). Rodzina wykorzystuje trzy główne strategie radzenia sobie w sytuacji choroby dziecka: unikanie — zaprzeczanie lub ignorowanie stresora w nadziei, że trudna sytuacja rozwiąże się samoistnie, eliminację — próby usunięcia lub przededefiniowania stresora, i asymilację — dopasowanie wymagań związanych z chorobą do struktury rodziny (por. JELONKIEWICZ, 1992; KOSIŃSKA-DEC, JELONKIEWICZ, 1995). Cheryl H. Gibson (za: JELONKIEWICZ, 1992) wyróżniła dwie kategorie zachowań rodziców: zachowania zorientowane na działanie (realizacja zaleceń lekarskich, kontrola objawów chorobowych oraz podtrzymywanie spójności rodziny)

oraz wysiłki intrapsychiczne (mające na celu postrzeganie choroby jako jednej z wielu sytuacji, ograniczających funkcjonowanie systemu). Im nastrój rodziców staje się bardziej pozytywny, tym większa jest skłonność do stosowania aktywnych strategii; z negatywnymi emocjami wiąże się częstsze stosowanie strategii unikania. Unikanie w krótkim odstępie czasu może być pomocne, ale ogólnie — korelując z niższym poziomem dobrego samopoczucia — jest strategią mniej efektywną (PARK, ADLER, 2003). Przewaga negatywnych emocji pogarsza interpretację objawów dziecka, sprzyjając ich wyolbrzymianiu, obniża również ocenę skuteczności własnych działań (por. BILLINGS et al., 2000; TODD et al., 2004). Stevan E. HOBFOLL (2006) podkreśla jednak, iż w sytuacji niedoboru zasobów to właśnie strategie bierne pozwalają zaoszczędzić posiadane zasoby, chroniąc przed dalszymi stratami.

Wśród Polaków od lat dominują bierne strategie radzenia sobie z trudnościami finansowymi, polegające na ograniczaniu wydatków (CZAPIŃSKI, PANEK, red., 2009). W sytuacjach stresowych przeważają strategie zorientowane na rozwiązanie problemu. Niemal połowa badanych w ramach *Diagnozy Społecznej* w 2005, 2007 i 2009 roku deklaruje skłonność do aktywnego poszukiwania informacji, poszukiwania wsparcia społecznego oraz wysoką gotowość do podejmowania aktywnych działań. Jednocześnie niemal co trzeci pociesza się myślami, że przecież mogło być gorzej, lub szuka pomocy w modlitwie (CZAPIŃSKI, PANEK, 2006; CZAPIŃSKI, PANEK, red., 2007; 2009). Warto w tym kontekście zaznaczyć, iż Polacy w przypadku choroby zdecydowanie częściej od innych Europejczyków szukają porady lekarskiej (91%), częściej też decydują się na samodzielne leczenie (80%), stosując zioła, witaminy, masaże i inne formy leczenia nefarmakologicznego (TASAK, 2006).

W ekonomice służby zdrowia, akcentując podmiotowość pacjenta, stawia się go w roli konsumenta, mającego możliwość dokonywania swobodnych wyborów. Jednakże realia funkcjonowania służby zdrowia w Polsce zdecydowanie tę swobodę ograniczają. Aby rodzic mógł podjąć w pełni przemyślaną decyzję dotyczącą leczenia dziecka, powinien mieć zapewniony swobodny dostęp do usług oraz możliwość uczestniczenia w decyzjach medycznych, gdyż to właśnie on najlepiej zna potrzeby własnego dziecka (BACKUS, INLANDER, 1986; MACNAB et al., 2000). W rzeczywistości istnieje wyraźna rozbieżność zdań, dotycząca wyboru decydenta. W decyzjach nadrzędnych (np. zakres możliwych do zastosowania procedur medycznych, przypisanych jednostkom chorobowym) zwykle urzędnicy decydują o sposobie leczenia, lekarze mogą tylko wtórnie zgadzać się lub nie zgadzać z nimi, natomiast rola rodzica lub dziecka jest mało znacząca (SINGER, BERGTHOLD, 2001).

Poruszając problem radzenia sobie rodziców z ograniczoną dostępnością usług medycznych, warto sprecyzować termin „dostępność”. Według Ann Lawthers pojęcie to obejmuje „łatwość, z jaką pacjent może osiągnąć opiekę zdrowotną, uwzględniając finansowe, organizacyjne, kulturowe i emocjonal-

ne bariery” (za: TYMOWSKA, 2006a: 137). Bariery finansowe wiążą się z koniecznością ponoszenia dodatkowych wydatków. Odległość ośrodka świadczącego usługi medyczne od miejsca zamieszkania czy też organizacja pracy w nim mogą stanowić bariery organizacyjne. Powszechnie uciążliwym zjawiskiem jest wymóg posiadania niezbędnych skierowań do większości specjalistów, koniecznych zaświadczeń, legitymacji ubezpieczeniowych, stanowiący częstą barierę administracyjną. Bariery kulturowe dotyczą przede wszystkim dostępu do niezbędnych informacji o zasadach korzystania z opieki medycznej. Wyróżnia się dwa wymiary dostępności: osiągalność, czyli zapewnienie świadczenia przez usługodawcę i ustalenie zasad korzystania z niego, oraz dogodność, czyli łatwość korzystania z tego świadczenia. Z dogodnością wiąże się czas oczekiwania na usługę oraz koszty czasowe, finansowe i emocjonalne ponoszone przez pacjenta (TYMOWSKA, 2006a).

Pracując na co dzień w publicznym szpitalu dziecięcym, obserwuję coraz więcej konfliktów pomiędzy rodzicami a personelem medycznym. Rodzice, nie rozumiejąc ograniczeń narzuconych ogólnie przez Narodowy Fundusz Zdrowia, winą za brak możliwości skorzystania z określonych procedur obarczają zwykle lekarzy i pielęgniarki. Nierzadko wnioskuje, iż dzięki nieformalnym środkom poprawia jakość leczenia dziecka. Działania takie bywają niejednokrotnie sprzeczne z ich przekonaniami i z normami moralnymi, co może dodatkowo potęgować frustrację i sprzyjać kolejnym konfliktom.

Cele, metody i narzędzia badawcze

Podjęte przeze mnie badania miały na celu określenie uciążliwości w dostępie do usług medycznych, z jakimi najczęściej borykają się rodzice chorujących dzieci, strategii, jakie stosują w celu radzenia sobie z nimi, oraz ich uwarunkowań.

W niniejszym opracowaniu skoncentruję się na kilku wybranych zmiennych, które mogą determinować wybór określonych strategii zaradczych, takich jak: rodzaj lecznictwa, z jakiego korzystają rodzice, gdy ich dziecko zachoruje, posiadanie dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych, ocenę ograniczeń w dostępie do usług medycznych, ocenę własnego wpływu na leczenie dziecka oraz określenie decydenta, mającego w tej kwestii istotne zdanie. Zbudowany przeze mnie model badawczy, obejmujący zmienne egzogeniczne i endogeniczne, został przetestowany metodą analizy ścieżek w wersji eksploracyjnej, co pozwoliło uzyskać odpowiedzi na pytania dotyczące uwarunkowań stosowanych przez rodziców strategii radzenia sobie oraz ustalić kierunek potencjalnych zależności pomiędzy zmiennymi (por. rys. 13., wklejka).

W modelu dodatkowo zostały ujęte zmienne osobowościowe, których wpływ na działania rodziców zasygnalizowałam w podrozdziale *Interpretacja wyników*, jednakże szczegółowa ich charakterystyka wykracza poza zakres tegoż opracowania (więcej informacji na temat modelu, uzyskanych wyników oraz zastosowanych w badaniach narzędzi można uzyskać, sięgając do mojej niepublikowanej pracy doktorskiej *Strategie radzenia sobie rodziców chorych dzieci z ograniczonym dostępem do usług medycznych* (KOSTER, 2007).

Skoncentruję się teraz na wynikach, uzyskanych przy wykorzystaniu dwóch skonstruowanych przeze mnie narzędzi badawczych:

■ Ankieta dla Rodziców.

■ Lista Strategii Radzenia Sobie z Dostępem do Usług Medycznych.

Poszczególne pytania otwarte Ankiety i określone opcje wyboru odpowiedzi na pytania zamknięte powstały na podstawie literatury. Prezentowane rodzicom pytania odnosiły się m.in. do ich statusu socjoekonomicznego, rodzaju choroby dziecka i sposobów jej leczenia oraz odczuwanej uciążliwości ograniczeń w dostępności świadczeń medycznych. Badani oceniali również własne relacje z personelem medycznym (w aspekcie informacyjnym i emocjonalnym) oraz możliwość wywierania wpływu na podejmowane decyzje o leczeniu dziecka. Lista Strategii Radzenia Sobie z Dostępem do Usług Medycznych powstała na podstawie badania pilotażowego 34 osób, które miały za zadanie określić zachowania, jakie stosują oni oraz ich bliscy w sytuacji choroby dziecka, w warunkach ograniczonej dostępności świadczeń medycznych. Na podstawie uzyskanych odpowiedzi powstała lista możliwych w takiej sytuacji zachowań. Obejmuje ona 48 stwierdzeń, określających szczegółowe strategie zaradcze, ocenianych na 5-stopniowej skali oraz 7 pozycji, odnoszących się do świadczeń medycznych, z jakich ludzie rezygnują przy trudnościach. Przy zastosowaniu analizy czynnikowej, przeprowadzonej metodą głównych składowych z rotacją Varimax, wyodrębniono 6 czynników, odnoszących się do strategii radzenia sobie z utrudnieniami w dostępie do świadczeń medycznych, opisanych bardziej szczegółowo w dalszej części tego artykułu. Czynniki te wyjaśniły 45% ogólnej wariancji (por. KOSTER, 2007).

Charakterystyka badanej grupy

Badaniami objętych zostało 250 rodziców pomiędzy 18. a 65. rokiem życia, w tym 215 matek oraz 35 ojców. Byli to rodzice dzieci hospitalizowanych w Centrum Pediatrii im. Jana Pawła II w Sosnowcu, korzystających z usług tamtejszych poradni specjalistycznych oraz rodzice dzieci objętych

opieką sosnowieckich poradni rejonowych (publicznych i niepublicznych). Średnia wieku rodziców wynosiła 35 lat. Najlichnieszą grupę stanowili rodzice w przedziale wiekowym pomiędzy 18. a 40. rokiem życia (78%). Większość z nich miała wykształcenie wyższe i średnie oraz posiadała stałe źródło dochodu, wynikające z umowy o pracę. Dominowały rodziny z łącznym miesięcznym dochodem w wysokości 800—1500 zł brutto (poniżej średniej krajowej) oraz rodziny, w których łączny miesięczny dochód brutto mieścił się w granicach średniej krajowej pensji. Charakterystykę demograficzną badanej grupy przedstawiono w tabeli 1.

TABELA 1. Charakterystyka demograficzna badanej grupy

Badani		Procent
Rodzice uczestniczący w badaniu	matka	86,0
	ojciec	14,0
Wiek (średnia — 35 r.ż.)	18—30 r.ż.	30,4
	31—40 r.ż.	47,6
	41—50 r.ż.	17,2
	51—65 r.ż.	4,8
Wykształcenie	podstawowe	3,6
	zawodowe	19,2
	średnie	49,2
	wyższe	28,0
Źródła dochodu	stała praca	70,8
	działalność gospodarcza	8,4
	emerytura, renta	7,2
	zasilek	8,8
	inne	4,8
Łączny miesięczny dochód w rodzinie (brutto)	do 700 zł	7,2
	800—1500 zł	35,6
	1600—3000 zł	38,8
	powyżej 3000 zł	18,4

Wśród badanych dominowali rodzice dzieci objętych opieką Oddziału Pediatricznego (33%) oraz poradni rejonowych (36%). Większość dzieci wymagała leczenia specjalistycznego lub szpitalnego. Z opieki ambulatoryjnej korzystało 52% dzieci. Większość chorób, które skłoniły do korzystania z usług służby zdrowia, miała charakter ostry, nie zagrażały one życiu

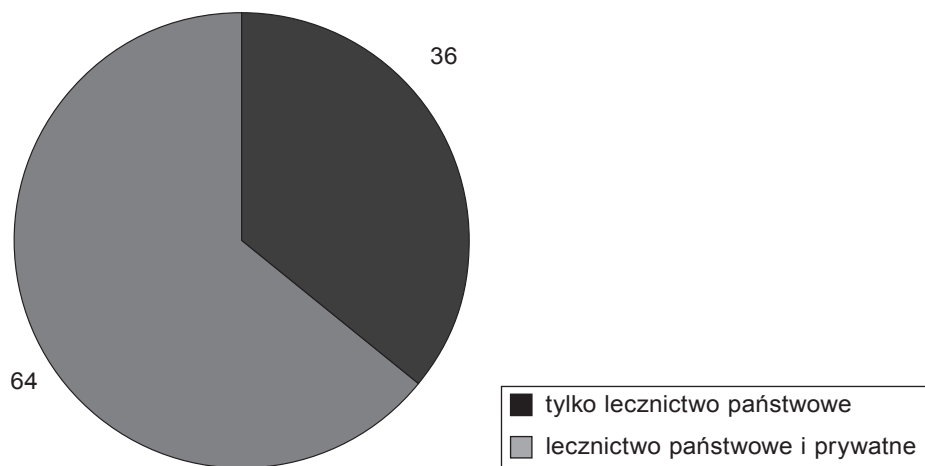
TABELA 2. Charakterystyka choroby, miejsca oraz sposobów leczenia dziecka

Zmienne		Procent	
Rodzaj choroby		choroby wieku dziecięcego leczone ambulatoryjnie	34,8
		choroby wymagające leczenia specjalistycznego lub szpitalnego	65,2
Czas trwania choroby		przewlekła	26,4
		ostra	73,6
Aktualny stan zdrowia dziecka		zdrowe	46,4
		chore	53,6
Ranga choroby		zagrożająca	24,0
		niezagrożająca	76,0
Perspektywy leczenia		uleczalna	86,4
		nieuleczalna	13,6
Czas wykrycie choroby		świeża (mniej niż 6 miesięcy)	69,6
		trwająca dłużej niż 6 miesięcy	30,4
Charakter leczenia		ambulatoryjne	51,6
		szpitalne	48,4
Sposoby leczenia		inwazyjne	7,2
		nieinwazyjne	92,8
Miejsce leczenia	oddział szpitalny	pediatryczny	33,2
		niemowlęcy i patologii noworodka	9,6
		reumatologii dziecięcej	2,0
		chirurgii dziecięcej	1,6
	poradnia specjalistyczna	alergologiczna	4,4
		chirurgiczna	0,4
		endokrynologiczna	0,4
		gastroenterologiczna	2,0
		kardiologiczna	1,6
		laryngologiczna	0,8
		nefrologiczna	0,4
		neurologiczna	4,8
		rehabilitacyjna	2,0
		reumatologiczna	1,2
		przychodnia rejonowa	

dziecka, były uleczalne i trwały mniej niż 6 miesięcy. W zdecydowanej większości przypadków możliwe było leczenie z zastosowaniem metod nieinwazyjnych. Dane określające charakter choroby i sposoby leczenia zostały ujęte w tabeli 2.

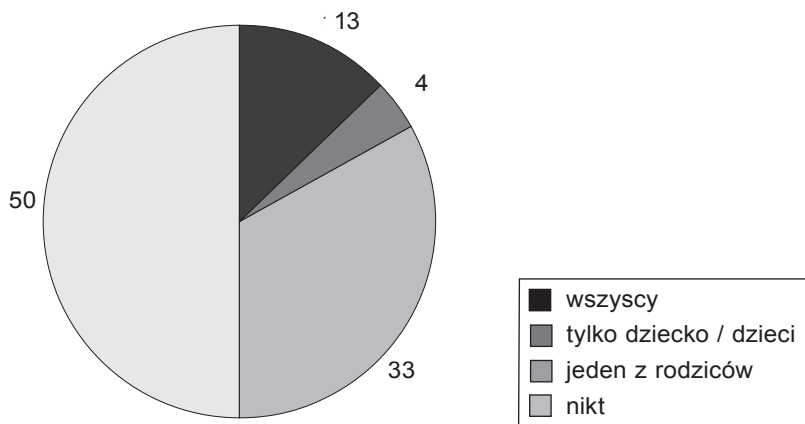
Wyniki badań

W przypadku choroby dziecka zdecydowana większość rodziców korzystała zarówno z usług leczenia państwowego, jak i z usług jednostek czy ośrodków prywatnych (64%). Znamienne, że w badanej grupie nie było ani jednej osoby, która leczyłaby swoje dziecko wyłącznie prywatnie, opłacając koszty leczenia z własnej kieszeni. Połowa rodziców deklarowała, iż w ich rodzinach nikt nie posiada dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych, w co trzeciej rodzinie ubezpieczeniem takim objęty był tylko jeden z rodziców. Dzieci podlegały prywatnym ubezpieczeniom (indywidualnie lub łącznie z rodzicami) zaledwie w 18% badanych rodzin. Otrzymane wyniki zaprezentowane zostały na rysunkach 1. i 2.



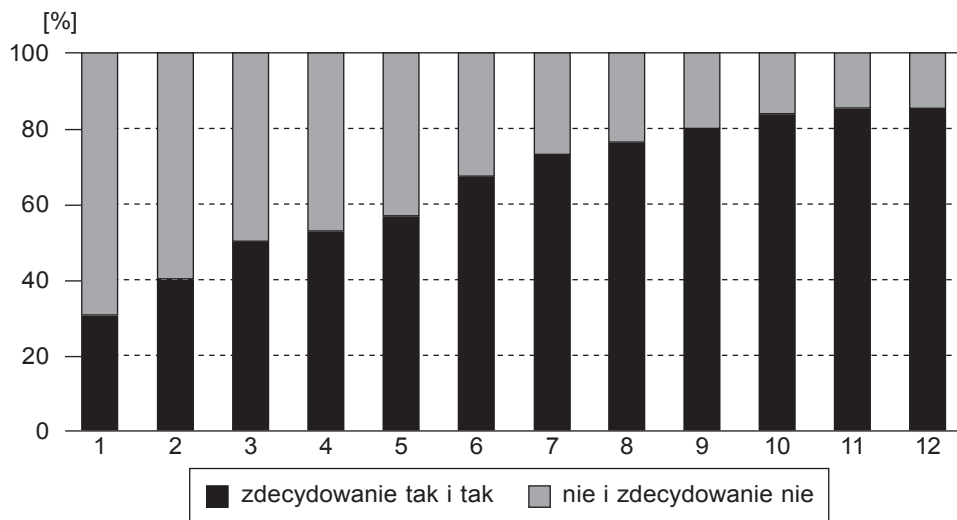
RYSUNEK 1. Rodzaj leczenia, z jakiego korzystają badani (%)

Rodzice dość wyraźnie akcentowali ogólne trudności w dostępie do świadczeń medycznych. Do najbardziej uciążliwych zaliczyli: brak możliwości korzystania z usług wielu specjalistów i wykonywania badań diagnostycznych na terenie jednego ośrodka medycznego oraz wysokie ceny leków. Często uskarżali się też na zbyt długi czas oczekiwania na badania i zabiegi



RYSUNEK 2. Posiadanie dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych (%)

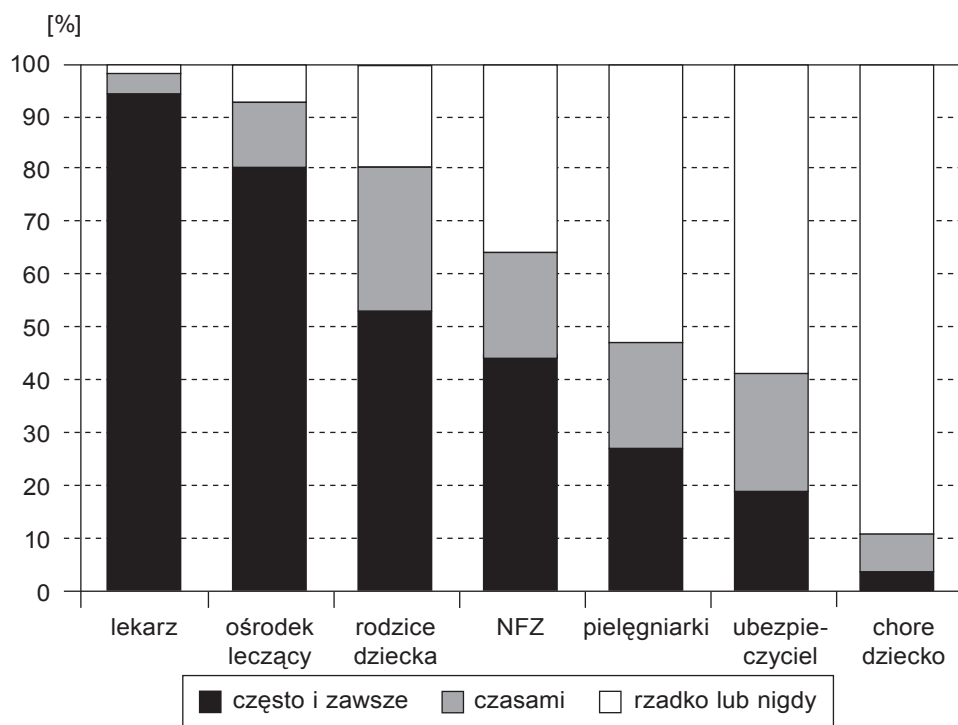
medyczne oraz na trudności biurokratyczne, wiążące się szczególnie z koniecznością otrzymania niezbędnych skierowań. Najmniejszy problem stanowiła dla nich odległość ośrodka od miejsca zamieszkania oraz dostępność lekarza pierwszego kontaktu (rys. 3.).



RYSUNEK 3. Ocena uciążliwości w dostępie do usług medycznych

1 — ograniczona dostępność lekarza pierwszego kontaktu; 2 — odległość ośrodka od miejsca zamieszkania; 3 — brak możliwości towarzyszenia dziecku w szpitalu lub/i przy zabiegach medycznych; 4 — ograniczona możliwość skierowania do lekarza specjalisty; 5 — oczekiwanie na leczenie szpitalne; 6 — ograniczone godziny pracy lekarzy; 7 — oczekiwanie na wizytę u lekarza; 8 — wysokie oficjalne i nieoficjalne koszty leczenia; 9 — rozbudowana biurokracja; 10 — oczekiwanie na badania i zabiegi medyczne; 11 — wysokie ceny leków; 12 — brak możliwości skorzystania z usług wielu specjalistów i wykonywania badań w jednym ośrodku

Odpowiedzialnością za decyzje medyczne rodzice najczęściej obarczali lekarza i ośrodek, obejmujący opieką chore dziecko (rys. 4.).



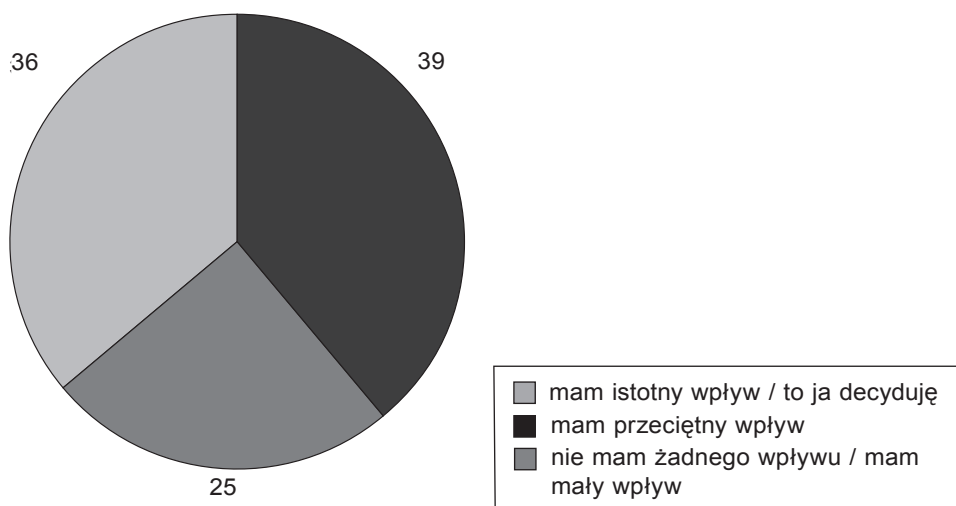
RYSUNEK 4. Określenie decydenta

Dość zróżnicowane były poglądy rodziców odnośnie do własnego wpływu na decyzje medyczne: 39% uznało, iż ma istotny wpływ na leczenie, ale jednocześnie 36% twierdziło, że ich zdanie w tej kwestii jest mało ważne (rys. 5.).

Lista Strategii Radzenia Sobie z Dostępem do Usług Medycznych obejmuje 48 twierdzeń dotyczących działań podejmowanych przez rodziców w sytuacji choroby dziecka, ocenianych przez badanych na 5-stopniowej skali, oraz 7 pozycji określających świadczenia, z jakich rodzice rezygnują. Na podstawie analizy odpowiedzi na pytania kwestionariusza wyłoniono dwie grupy strategii zaradczych:

- strategie aktywne (wszelkie działania podejmowane w celu uzyskania usług);
- strategie nieaktywne.

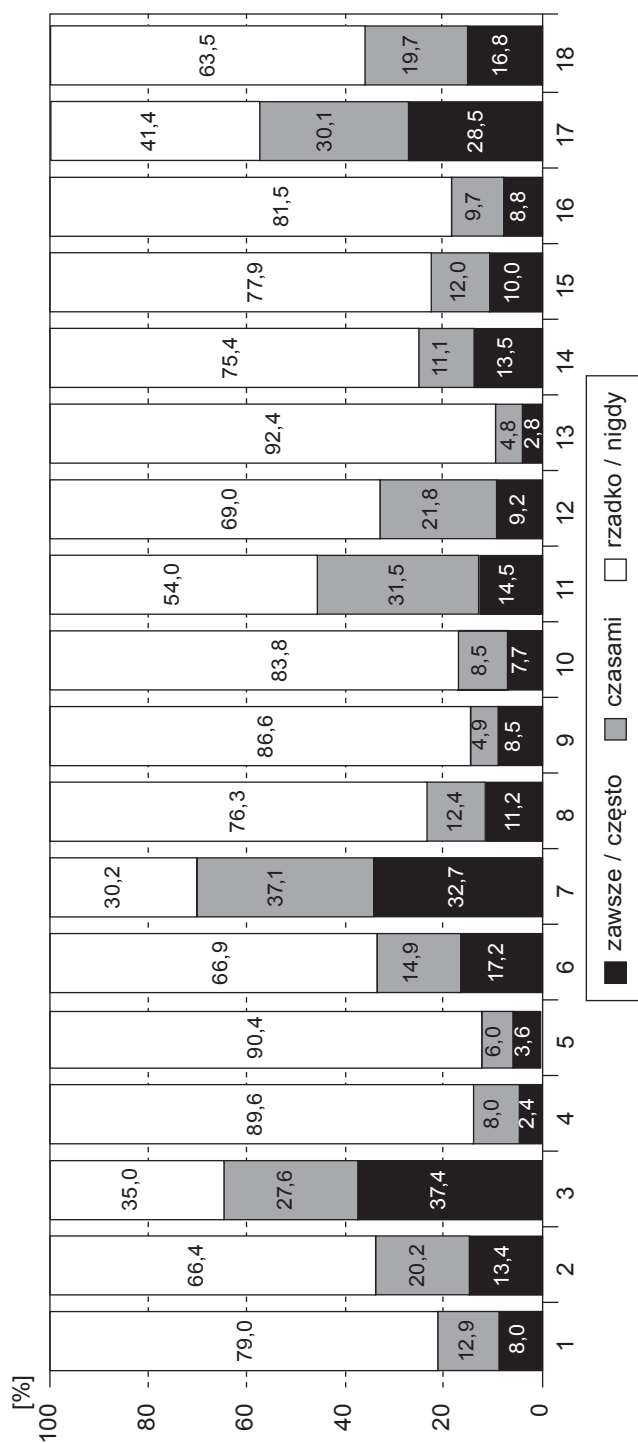
Ostateczna struktura stosowanych przez rodziców strategii zaradczych została wyłoniona w rezultacie analizy czynnikowej, przeprowadzonej metodą głównych składowych z rotacją Varimax. Uzyskano w ten sposób 6 czynników:



RYSUNEK 5. Ocena własnego wpływu na decyzje medyczne (%)

- aktywne uruchamianie standardowych procedur dostępu do usług medycznych;
- uruchamianie procedur niestandardowych;
- zachowania wynikające z bezradności w kontaktach ze służbą zdrowia;
- działania wynikające z przekonania o własnej skuteczności w leczeniu dziecka;
- zachowania wynikające z silnych negatywnych emocji;
- szukanie oparcia w wierze i paramedycynie.

Do aktywnych strategii poszukiwania udogodnień w dostępie do usług za pomocą oficjalnych środków (por. rys. 6.) można zaliczyć zachowania zmierzające do zdobycia dodatkowych funduszy, przydatnych w leczeniu dziecka. Skłonność do podejmowania takich działań często lub przynajmniej czasami deklarowało 36% badanych. Zdecydowana większość badanych rodziców nie próbowała zmieniać swej sytuacji materialnej, przekwalifikowując się zawodowo, nie dążyła do uzyskania zasiłku opiekuńczego czy renty dla dziecka, nie korzystała również z pomocy fundacji i stowarzyszeń, które mogłyby ułatwić uzyskanie takich środków. Równie niska okazała się tendencja do sprzedawania w tym celu posiadanych przedmiotów. Co trzeci badany czasami lub często pożyczał pieniądze na leczenie dziecka. W publicznej służbie zdrowia istnieje możliwość oficjalnego wykupienia dodatkowych usług medycznych, rozszerzających diagnostykę lub zakres leczenia. Jest to stosunkowo powszechna strategia. Skłonność do podejmowania takich działań, w różnym stopniu, deklarowało 59% badanych. Zdecydowana większość respondentów nie korzystała z możliwości zakupu dodatkowych ubezpieczeń, które mogłyby ułatwić uzyskiwanie świadczeń medycznych. Niska okazała się też ten-

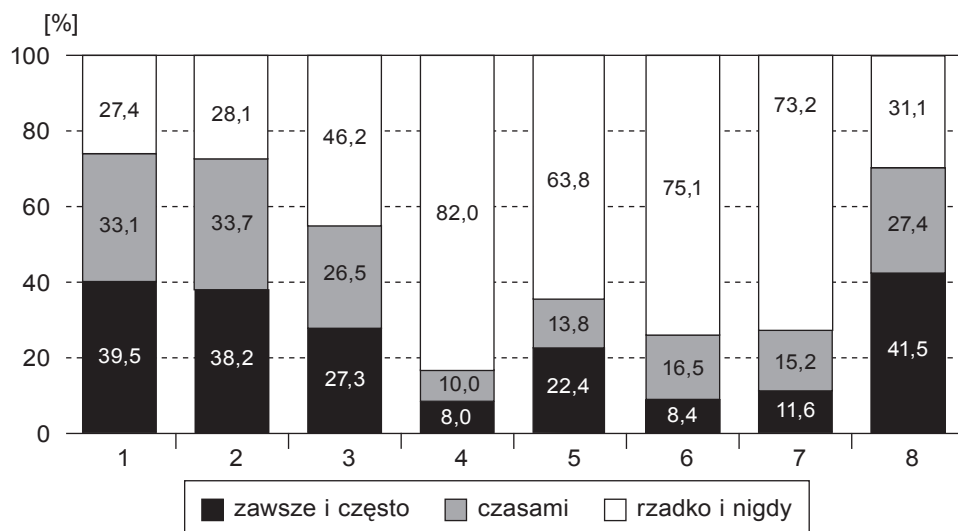


RYСУNEK 6. Aktywne uruchamianie standardowych procedur dostępu do usług medycznych

1 — wyjazd z dzieckiem do innego miasta lub kraju celem otrzymania wyższej jakości świadczeń; 2 — zgłaszanie się z dzieckiem bezpośrednio do szpitalnej izby przyjęć, z ominięciem obowiązujących kolejek; 3 — nieustanne poszukiwanie informacji o możliwościach leczenia dziecka; 4 — dawanie darowizn na rzecz szpitala celem zapewnienia dziecku wysokiego poziomu leczenia i szybszych terminów; 5 — opisywanie problemów w czasopiśmie i w Internecie, celem podzielenia się nimi z innymi ludźmi; 6 — korzystanie z usług pogotowia ratunkowego, które odwozi dziecko bezpośrednio do szpitala; 7 — szukanie pomocy w innych ośrodkach lub u innych lekarzy przy jednoczesnym oczekiwaniu na termin; 8 — korzystanie z dodatkowych ubezpieczeń, ułatwiających dostęp do usług medycznych; 9 — sprzedawanie cennych przedmiotów w celu uzyskania środków finansowych na leczenie; 10 — korzystanie z pomocy fundacji i stowarzyszeń; 11 — szukanie kontaktów z rodzicami, znajdującymi się w podobnej sytuacji; 12 — pożyczanie pieniędzy na leczenie dziecka; 13 — pisanie skarg i odwołań w celu przyspieszenia terminu wizyty lub zabiegu; 14 — podejmowanie działań ułatwiających uzyskanie zasiłku opiekuńczego lub renty dla dziecka; 15 — sprowadzanie zza granicy potrzebnych leków i specjalistycznego sprzętu; 16 — przekwalifikowanie zawodowe w celu uzyskania większych środków na leczenie dziecka; 17 — korzystanie w państwowym ośrodku z oficjalnych możliwości wykupienia dodatkowych usług medycznych; 18 — podejmowanie dodatkowych prac, w celu uzyskania środków pieniężnych na leczenie dziecka.

dencja do sprowadzania zza granicy potrzebnych leków lub specjalistycznego sprzętu. Dość podzielone są zdania odnośnie do szukania pomocy w innych ośrodkach lub u innych specjalistów, przy jednoczesnym oczekiwaniu na wyznaczony termin usługi medycznej. Wysoką skłonność do takich zachowań sygnalizowało 33% badanych, 37% przyznało, iż czyni tak czasami, a 30% temu zaprzecza. Niekiedy rodzice woleli wezwać pogotowie ratunkowe, które odwiozło dziecko bezpośrednio do szpitala, gdzie proces diagnostyczny został przeprowadzony zdecydowanie szybciej niż drogą ambulatoryjną. Taką strategię działania stosowała jedna trzecia badanych. Czasami rodzice sami zgłaszali się do izby przyjęć, omijając obowiązujące kolejki. Gotowość do takich zachowań sygnalizował co trzeci badany. Zdecydowana większość ankietowanych nie poszukiwała pomocy medycznej w innym mieście lub poza granicami kraju. Jedynie co dziesiąty czasami lub często korzystał z możliwości darowizn na rzecz szpitala, przez co zwiększał szansę poprawy dostępu do usług medycznych. Rodzice rzadko pisali skargi i odwołania, mające na celu przyspieszenie terminów wizyt czy zabiegów medycznych, oraz relacjonowali swoje problemy w czasopiśmie czy w Internecie (zaledwie 10% badanych). Blisko połowa ankietowanych deklarowała gotowość do poszukiwania kontaktów z rodzicami znajdującymi się podobnej sytuacji, a 65% z nich nieustannie dążyło do uzyskania informacji o chorobie i o możliwościach leczenia dziecka.

Kontrowersyjne bywa leczenie prywatne lub szukanie nieformalnych źródeł dostępu do usług medycznych w publicznej służbie zdrowia (por. rys. 7.). Warto podkreślić, iż pomimo narastającego w Polsce — nagłaśnianego w mediach — zjawiska szerzenia się tzw. szarej strefy, a szczególnie przyjmowania łapówek przez pracowników służby zdrowia, aż 73% badanych twierdziło, iż nigdy nie płaciło lekarzowi za przyspieszenie terminu badań lub poprawę jakości leczenia bądź czyniło to rzadko. Zdecydowana większość (75%) zaprzeczyła dawaniu prezentów personelowi szpitalnemu, podobnie liczna grupa rodziców (82%) stwierdziła, że nie przekupuje osób bezpośrednio wykonujących procedury medyczne. Jednakże aż 73% rodziców wyraziło gotowość do poszukiwania kontaktów z osobami, które mogłyby ułatwić dostęp do świadczeń, przy czym 64% zaprzeczyło, iż wykorzystuje w tym celu oszustwa lub łapówki. W dość szybki sposób można uzyskać świadczenia medyczne, udając się z dzieckiem do prywatnej przychodni lub gabinetu lekarskiego — 69% badanych zachowuje się w ten sposób często lub przynajmniej czasami. Blisko połowa zamawia prywatną wizytę lekarską we własnym domu. 72% rodziców nie potrafi spokojnie oczekiwać na wyznaczony termin zaplanowanej usługi medycznej, lecz podejmuje aktywne działania, ukierunkowane na jej wcześniejsze otrzymanie.

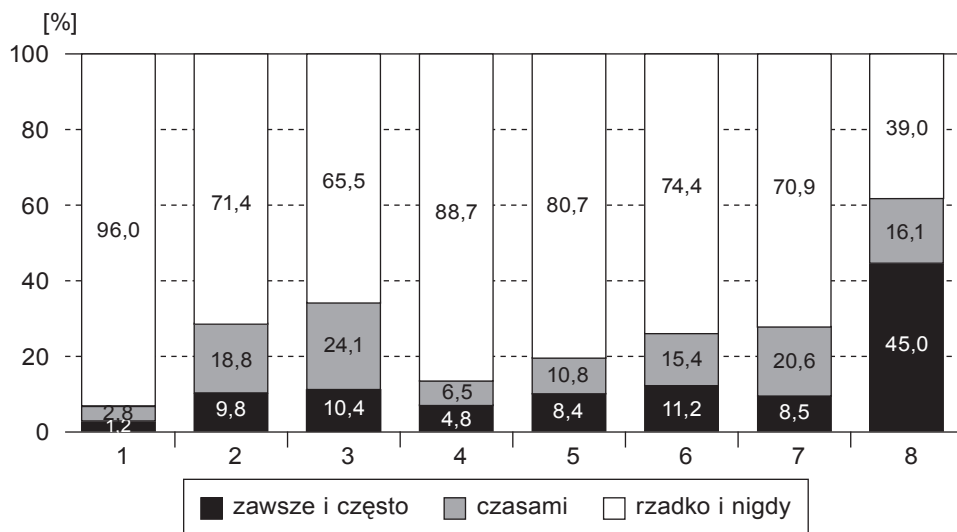


RYSUNEK 7. Uruchamianie procedur niestandardowych

1 — szukanie kontaktów z osobami, które mogą ułatwić dostęp do świadczeń medycznych; 2 — spokojne oczekiwanie na termin zaplanowanych usług; 3 — zamawianie prywatnej wizyty we własnym domu; 4 — przekupywanie osób wykonujących badania, w celu ustalenia wcześniejszych terminów; 5 — podejmowanie prób skontaktowania się z osobą, od której najczęściej zależy w procesie leczenia dziecka, nawet z wykorzystaniem oszustw i łapówek; 6 — dawanie finansowych prezentów personelowi, w celu przyspieszenia terminów usług i poprawy ich jakości; 7 — nieoficjalne płacenie lekarzowi w państwowym ośrodku za przyspieszenie terminu świadczeń; 8 — korzystanie z usług prywatnych przychodni lub gabinetów lekarskich.

Część zachowań prezentowanych przez badanych rodziców w sytuacji ograniczonej dostępności usług wynika z bezradności (por. rys. 8.). Rodzice odraczają wizytę u lekarza aż do momentu, gdy stan zdrowia dziecka wyraźnie się pogorszy. Częste lub okresowe wykorzystanie tej strategii zadeklarowała ponad połowa badanych. Bywa, iż wymyślają lub koloryzują objawy chorobowe dziecka, by w ten sposób uzyskać od lekarza możliwość skorzystania z szerszej oferty badań diagnostycznych, jednak zdecydowana większość ankietowanych zaprzeczyła takim zachowaniom. Zaledwie 4% rodziców przyznało, iż czasami lub często decyduje się na chwilowe odstawienie dziecku leków, by z powodu pogorszenia się stanu zdrowia mogło zostać przyjęte do oddziału szpitalnego, poddane szybszej diagnostyce i skutecznemu leczeniu. Choroba dziecka niejednokrotnie wzbudza w rodzicu poczucie winy, obniża samoocenę i wiarę w skuteczność własnych działań; wyraźne poczucie winy zgłaszał co czwarty badany. Znamienne, iż rodzice — pomimo różnorodnych trudności — prezentują nastawienie zadaniowe. Ponad połowa nie przejawia skłonności do myślenia, że sytuacja rozwiąże się sama. Co trzeci rodzic przyznał, iż czasami lub często rezygnuje z działań

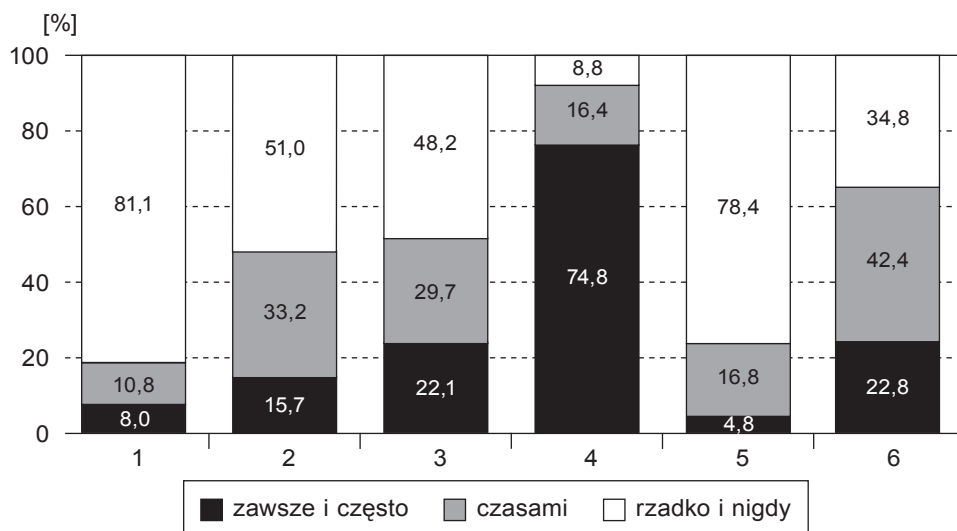
ukierunkowanych na poprawę dostępności świadczeń, unikając w ten sposób dodatkowych trudności czy ewentualnych konfliktów, zarazem sygnalizował wyraźną skłonność do rezygnowania z rozmów na temat choroby dziecka i problemów związanych z jego leczeniem. Poczucie bezradności może skłaniać do stosowania używek, takich jak papierosy czy alkohol, które chociaż na jakiś czas poprawiają samopoczucie. Zachowania takie manifestuje 19% badanych.



RYСУNEK 8. Zachowania wynikające z bezradności

1 — odstawianie dziecku leków, w celu chwilowego pogorszenia stanu jego zdrowia i uzyskania szybszej diagnostyki w oddziale szpitalnym; 2 — rezygnacja z działań, zastępująca możliwą walkę z ograniczeniami w służbie zdrowia; 3 — koncentrowanie się na myśleniu, iż sytuacja sama się rozwiąże; 4 — wymyślanie lub koloryzowanie objawów chorobowych dziecka, w celu wymuszenia na lekarzu rozszerzonej diagnostyki; 5 — sięganie po używki, mające na celu poprawę samopoczucia; 6 — nieustanne obwinianie się za własną niezaradność; 7 — unikanie rozmów na temat problemów związanych z leczeniem dziecka; 8 — wizyta u lekarza dopiero w sytuacji pogorszenia się stanu zdrowia dziecka.

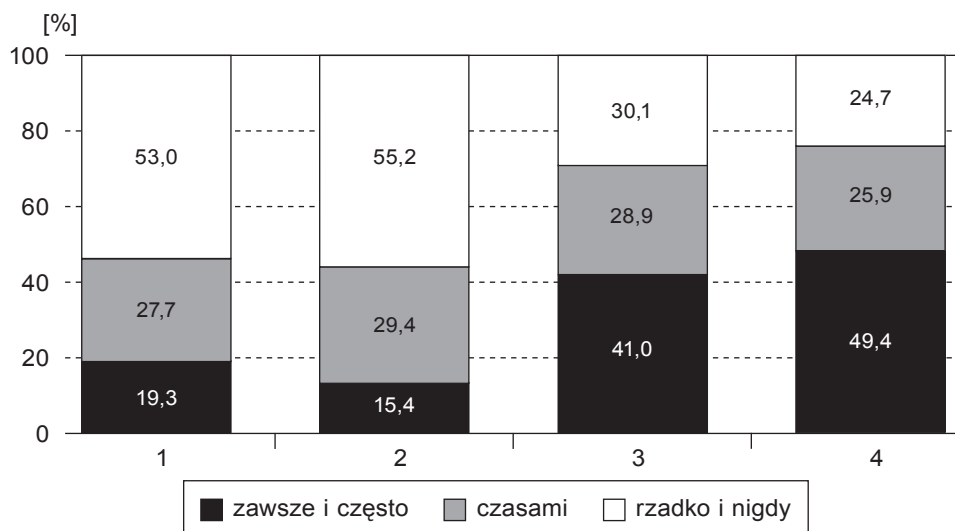
Bywa, iż rodzice podejmują działania wynikające z przekonania o własnej skuteczności w samodzielnym leczeniu dziecka (por. rys. 9). Pierwsze pojawiające się u dziecka objawy chorobowe dla co czwartego rodzica nie są warunkiem udania się do lekarza. Blisko połowa podejmuje samodzielne próby leczenia tzw. domowymi sposobami, 22% decyduje się na zakup różnych leków bez konsultacji z lekarzem, 42% badanych szuka porad dotyczących samodzielnego leczenia w powszechnie dostępnych gazetach, aż 81% nie sięga przy tym do profesjonalnych źródeł. Najbardziej popularnym źródłem informacji są inni ludzie; z ich porad chętnie korzysta niemal połowa badanych.



RYСУNEK 9. Działania wynikające z przekonania o własnej skuteczności w leczeniu dziecka
1 — korzystanie z książek medycznych i profesjonalnych czasopism w celu uzyskania wiedzy odnośnie do samodzielnego leczenia dziecka; **2** — szukanie porad u innych ludzi; **3** — szukanie w powszechnie dostępnych gazetach porad, dotyczących samodzielnego leczenia dziecka; **4** — wizyta u lekarza już przy pojawieniu się pierwszych symptomów chorobowych; **5** — zakup różnych lekarstw bez konsultacji z lekarzem; **6** — samodzielne leczenie dziecka tzw. „domowymi” sposobami.

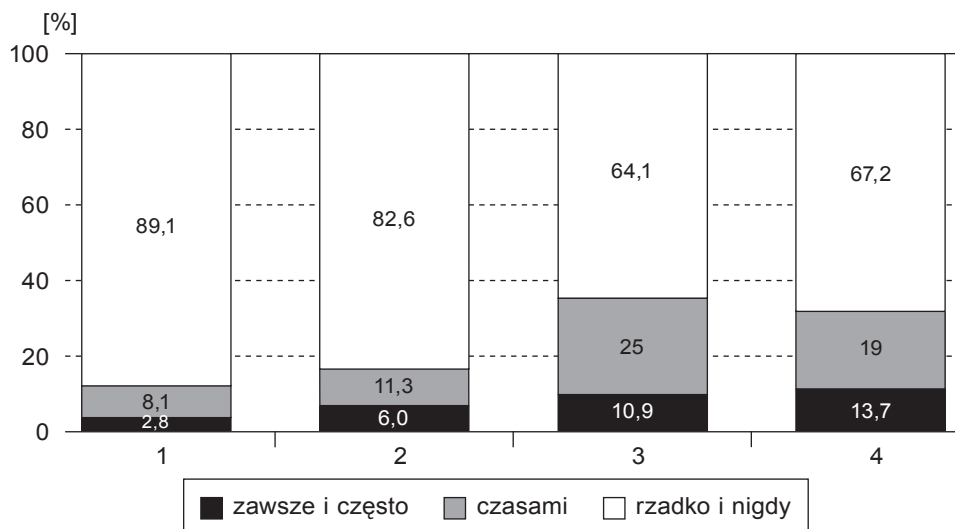
Zachowania rodziców chorujących dzieci mogą być również uwarunkowane silnymi negatywnymi emocjami. Motorem wielu z nich może być poczucie złości, wyzwolonej fatalnym (w ich opinii) funkcjonowaniem służby zdrowia. Odczucie takie jest bardzo powszechne — zgłaszało je aż 75% badanych. Silne zdenerwowanie u niemal połowy rodziców może zaburzać prawidłowe funkcjonowanie i chęć poszukiwania skutecznych rozwiązań. Ostoją stają się najbliżsi — aż 70% rodziców szuka u nich pocieszenia i wsparcia. Co drugi badany zaprzeczył zajmowaniu się czynnościami odwracającymi uwagę od problemu, przy czym 28% rodziców zadeklarowało, iż czyni tak czasami, a 19% — często lub zawsze. Stan ten prezentuje rysunek 10.

Źródeł wsparcia i pomocy w radzeniu sobie z chorobą dziecka można również poszukiwać w wierze lub paramedycynie. Modlitwa pomaga w rozwiązywaniu problemów 33% rodziców, jednak 83% neguje twierdzenie, iż choroba jest darem od Boga i jedynie siła wyższa może pomóc odzyskać zdrowie. Rodzice rzadko jeżdżą z chorym dzieckiem na pielgrzymki; 89% nie stosuje takich strategii. Co trzeci badany (36%) przyznał, że czasami lub często korzysta z różnych form medycyny niekonwencjonalnej, takich jak ziołolecznictwo, akupunktura czy bioenergoterapia (por. rys. 11.).



RYSUNEK 10. Działania wynikające z silnych negatywnych emocji

1 — zajmowanie się czynnościami odwracającymi uwagę od problemu; 2 — odczuwanie silnego zdemotywowania, utrudniającego podjęcie decyzji; 3 — szukanie pocieszenia i wsparcia u bliskich; 4 — koncentrowanie się na własnej złości, wywołanej złym funkcjonowaniem służby zdrowia.

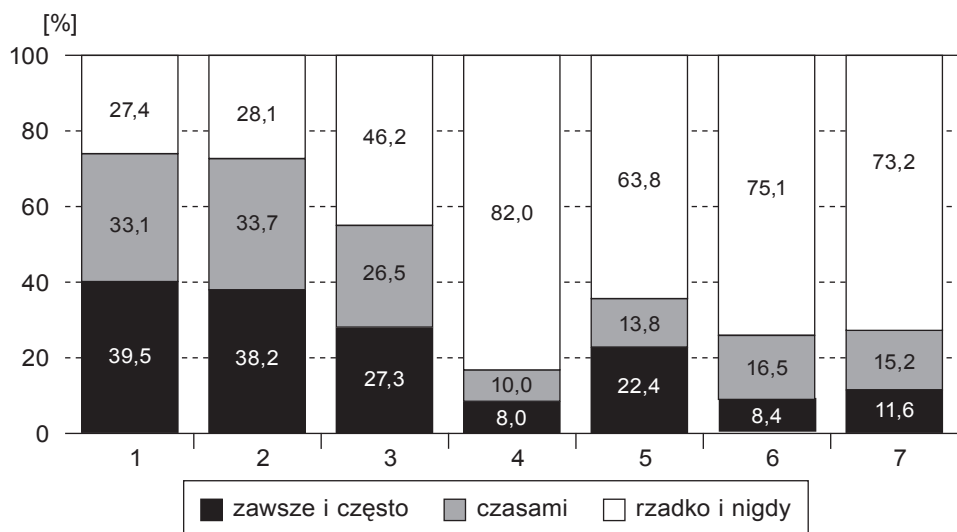


RYSUNEK 11. Szukanie oparcia w wierze i paramedycynie

1 — wyjazd z dzieckiem na pielgrzymki; 2 — uznanie, iż choroba jest darem od Boga i tylko siła wyższa jest w stanie rozwiązać sytuację; 3 — korzystanie z medycyny niekonwencjonalnej; 4 — szukanie rozwiązania problemu w modlitwie.

Badani rodzice zadeklarowali bardzo niską skłonność do rezygnowania ze świadczeń medycznych przydatnych w leczeniu ich dziecka, pomimo wy-

rażnie podkreślanych ograniczeń w ich dostępie (por. rys. 12.). Stosunkowo najczęściej rezygnowali z leczenia sanatoryjnego oraz z działań profilaktycznych. Zdecydowanie odrzucali możliwość rezygnacji z zaplanowanych zabiegów, z leczenia szpitalnego oraz z zaplanowanych badań diagnostycznych. Blisko 90% badanych stwierdziło, iż nigdy nie postępuje w ten sposób lub postępuje tak rzadko.



RYSUNEK 12. Świadczenia, z jakich badani rezygnowali przy trudnościach

1 — zaplanowane zabiegi; 2 — leczenie szpitalne; 3 — zaplanowane badania diagnostyczne; 4 — wizyty i badania kontrolne; 5 — rehabilitacja; 6 — profilaktyka; 7 — leczenie sanatoryjne.

Interpretacja wyników

Opinie rodziców dotyczące ograniczeń
w dostępie do świadczeń medycznych,
posiadania dodatkowych ubezpieczeń i określenie decydenta

Do podstawowych ograniczeń w dostępie do świadczeń medycznych badani rodzice zaliczyli: brak możliwości skorzystania z usług wielu specjalistów i wykonywania badań w jednym ośrodku, wysokie ceny leków, zbyt długi czas oczekiwania na badania i zabiegi medyczne oraz trudności biurokratyczne. Nie sygnalizowali istotnych problemów z dostępem do lekarza

pierwszego kontaktu i trudności wynikających z odległości miejsca leczenia od ich miejsca zamieszkania. Podobne wyniki otrzymano w badaniach przeprowadzonych w ramach Diagnozy Społecznej w 2005, 2007 i 2009 roku. Uczestniczący w badaniach rodzice, korzystający z usług Centrum Pediatrii w Sosnowcu, mieli zapewnioną możliwość towarzyszenia dziecku w trakcie hospitalizacji i podczas większości badań medycznych; w najbliższej okolicy znajduje się wiele ośrodków zapewniających leczenie pediatryczne, stąd odległość placówki nie stanowiła istotnego problemu. Analiza statystyczna otrzymanych wyników, przeprowadzona przy zastosowaniu modelu analizy ścieżek w wersji eksploracyjnej (rys. 13.), pokazała, iż ocena ograniczeń w dostępie do świadczeń medycznych uwarunkowana jest w istotny sposób sytuacją materialną badanych. Niższe zasoby finansowe nie pozwalają swobodnie korzystać z płatnych, a często łatwiej dostępnych świadczeń, ograniczają możliwość zakupu wszelkich zalecanych leków i środków ułatwiających powrót do zdrowia, czasem mogą utrudnić dojazdy do placówek medycznych, związane z koniecznością ponoszenia kosztów transportu. Większość z badanych zadeklarowała dość niski status materialny, co można wyjaśnić stosunkowo wysokim w rejonie Sosnowca i okolicach poziomem bezrobocia. Janusz CZAPIŃSKI (2004) twierdzi, że zasoby finansowe, szczególnie u osób doświadczających niedostatku, istotnie obniżają satysfakcję życiową, co z kolei może sprzyjać bardziej pesymistycznej ocenie rzeczywistości, a więc także ocenie aktualnej sytuacji panującej w polskiej służbie zdrowia. Negatywna ocena uciążliwości w dostępie do procedur medycznych uwarunkowana jest m.in. (zwrotnie) satysfakcją z opieki medycznej, metod leczenia oraz stanu zdrowia dziecka, pociągając za sobą bardziej negatywną ocenę sytuacji w późniejszych procesach decyzyjnych (por. rys. 13.).

Znamienne, iż w badanej grupie nie pojawiła się ani jedna osoba, lecząca dziecko wyłącznie w placówkach prywatnych, samodzielnie opłacająca całe leczenie. Stosunkowo małą popularnością cieszyły się również dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne. W połowie badanych rodzin nie posiadał ich żaden z członków. Być może wynika to z ograniczeń finansowych w domowych budżetach, a być może z ustalonej ustawowo możliwości przerzucania kosztów leczenia z jednostek prywatnych na państwowe; z tej możliwości korzystają przede wszystkim osoby zmuszone do długoterminowego leczenia, przy zastosowaniu drogich procedur medycznych. Sytuację taką tłumaczą również wyniki licznych, przeprowadzonych w Polsce badań, pokazujące, iż państwowy system opieki zdrowotnej nie narusza ogólnie poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego Polaków, stąd prezentują oni małą skłonność do podejmowania tego typu zachowań, a dodatkowo, co trzeci Polak deklaruje wyraźny brak zaufania do towarzystw ubezpieczeniowych (SZUMLICZ, 2006; TYMOWSKA, 2006a; 2007).

Większość ankietowanych rodziców korzystała równolegle z usług państwowej i prywatnej służby zdrowia. K. TYMOWSKA (2006a) wyraźnie podkreśla konieczność zachowania ostrożności w interpretacji takich wyników. Pacjenci niejednokrotnie za prywatną uznają jedynie tę placówkę, w której muszą samodzielnie płacić za świadczenia medyczne. Dla wielu podział ze względu na własność placówki nie jest w pełni zrozumiały. Tymczasem coraz więcej niepublicznych ośrodków stara się o kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia. Wielu pacjentów nie wie, czy mając zapewnioną opiekę medyczną, finansowaną ze środków publicznych, leczy się w jednostce państwowej czy prywatnej.

Potwierdziły się również wyniki otrzymane wcześniej w ramach Diagnozy Społecznej w 2005 roku (TYMOWSKA, 2006a), określające decydenta w zakresie ustalania leczenia. To przede wszystkim lekarza i ośrodek świadczący usługi obarcza się odpowiedzialnością za procesy decyzyjne, przeciętną rolę przypisując przepisom narzuconym przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Z moich badań jasno wynika, że przekonanie o własnej sile sprawczej w sytuacji choroby dziecka wzrasta wraz z ogólną wiarą w skuteczność własnych działań oraz z poczuciem podmiotowego traktowania przez personel medyczny (por. rys. 13.)

Powszechność i uwarunkowania stosowanych strategii radzenia sobie z ograniczonym dostępem do usług medycznych

Wśród aktywnych strategii wykorzystujących oficjalne przepisy najbardziej powszechne było korzystanie w państwowym ośrodku z możliwości wykupienia dodatkowych usług, zaś najmniej popularne — pisanie skarg i odwołań. Dlaczego tak niska jest skłonność do pisania skarg? Alberto Hirschman wyróżnił dwie podstawowe reakcje konsumentów w sytuacji braku satysfakcji: odejście — powstrzymanie się od zakupu danego produktu lub korzystania z usług danej instytucji w przyszłości, oraz reakcje słowne — rozgłaszanie negatywnych opinii lub wnoszenie skarg. Gerrit Antonides i W. Fred Van Raaij (za: FALKOWSKI, TYSZKA, 2003) dodają możliwość trzeciego zachowania — brak jakiejkolwiek reakcji. Do jej przyczyn zaliczają sytuację, gdy możliwość ewentualnych zysków wynikających np. ze złożenia skargi zdecydowanie jest niższa od poniesionych kosztów. Inną przyczyną rezygnacji z pisania skarg mogą być problemy ze słownym lub pisemnym formułowaniem myśli bądź utrudniające takie działania cechy osobowościowe, np. nieśmiałość czy skłonność do biernych zachowań. Istotny wpływ mogą wywierać trudności w uzyskaniu pomocy ze strony instytucji, do której kierowane są skargi, oraz wysokie koszty ewentualnych opłat sądowych. Bardzo powszechne wśród Polaków jest przekonanie o trudnościach w uzyskaniu od-

szkodowania przez pacjentów pokrzywdzonych na skutek błędów lekarskich (91% badanych). Jako główne przyczyny tego zjawiska wymienia się przesadną solidarność panującą wśród lekarzy (72%) oraz zbyt długo trwające procedury sądowe (39%) (DERCZYŃSKI, 2006).

Według uzyskanych przeze mnie wyników, zadaniowy styl radzenia sobie w sytuacjach trudnych pociąga za sobą częstsze wykorzystywanie oficjalnych, aktywnych strategii radzenia sobie z ograniczeniami w dostępie do świadczeń medycznych. Rodzice bardziej zadowoleni ze stanu zdrowia dziecka, opieki medycznej oraz zastosowanych metod leczenia rzadziej zachowują się w ten sposób (por. rys. 13.). Być może zdobyte doświadczenia i odczuwane uciążliwości sprzyjają negatywnej ocenie powszechnej służby zdrowia, rodząc przekonanie, iż konieczne staje się poszukiwanie innych niż powszechnie przyjęte sposobów rozwiązań.

Rodzice, którzy podjęli decyzję o leczeniu prywatnym lub szukają nieformalnych źródeł dostępu do usług medycznych w placówkach państwowych, wyraźnie zaprzeczali dawaniu łapówek lub prezentów pracownikom służby zdrowia. Potwierdza to wyniki uzyskiwane w różnych polskich badaniach (por. BOGUSZEWSKI, 2009; TYMOWSKA, 2007; CZAPIŃSKI, 2009). Z roku na rok istotnie maleje w naszym społeczeństwie liczba osób wręczających łapówki czy też tzw. dowody wdzięczności, co obala powszechnie panujący mit o istnieniu ogromnej szarej strefy w służbie zdrowia. Równocześnie powszechnym zjawiskiem jest szukanie kontaktów z osobami, które mogą ułatwić uzyskanie określonych świadczeń. Warto jednak pamiętać, iż osoby uczestniczące w niniejszych badaniach często wypełniały ankiety, przebywając wraz z dzieckiem w oddziale szpitalnym, lub korzystały z usług poradni na terenie szpitala. Być może w jakimś stopniu zaprzeczały takim zachowaniom z obawy przed możliwymi konsekwencjami przyznania się do wręczania łapówek?

Model analizy ścieżek (rys. 13.) jasno pokazał, iż rodzice dzieci chorych przewlekłe znacznie rzadziej stosują strategie niestandardowe. Można przypuszczać, że dłuższy czas choroby sprzyja nabywaniu bogatszych doświadczeń w umiejętnym ich wykorzystywaniu, w poznawaniu różnych możliwości leczenia dziecka, ale również w nawiązywaniu kontaktów społecznych z personelem medycznym. Ułatwia tym samym swobodniejsze poruszanie się wśród obowiązujących przepisów i napotykanym ograniczeń. Dodatkowo, sytuację taką z pewnością determinuje także możliwość przerzucania kosztów leczenia rozpoczętego w lecznictwie prywatnym na lecznictwo powszechne.

Wśród działań wynikających z bezradności dominowała strategia odraczenia konsultacji lekarskiej aż do momentu wyraźnego pogorszenia stanu zdrowia dziecka. Rodzice unikali w ten sposób (przynajmniej na jakiś czas) kontaktów ze służbą zdrowia. Jednocześnie wyraźnie zaprzeczali zachowaniom, które mogłyby zostać społecznie potępione, bazującym na kłamstwie lub

świadomym działaniom, zmierzającym do pogorszenia stanu zdrowia dziecka. Wykorzystywaniu takich strategii sprzyja tendencja do szukania w sytuacji choroby dziecka oparcia w wierze i paramedycynie (por. rys. 13.). Koncentrowanie się na własnych przeżyciach i wiara w nieuchronność losu mogą w pewien sposób usprawiedliwiać własną bezradność, ale również działać jako samospełniająca się przepowiednia. Jednocześnie skłonność do szukania oparcia w innych ludziach — jak pokazuje model analizy ścieżek — zdecydowanie zmniejsza prawdopodobieństwo podejmowania działań uwarunkowanych poczuciem bezradności. Wsparcie społeczne, a szczególnie wsparcie emocjonalne jest przydatne, gdy ludzie nie mają kontroli nad zaistniałą sytuacją, zwłaszcza w przypadku pojawiających się u dzieci chorób ostrych (HOBFOLL, 2006). Oparcie w innych ludziach daje poczucie bezpieczeństwa, bycia członkiem określonej wspólnoty, zapewnia dodatkowe zasoby, dzięki którym łatwiej można poradzić sobie w zaistniałej sytuacji (HOBFOLL, 2006; TAYLOR et al., 2000). Wsparcie społeczne — w literaturze traktowane często jako bufor ułatwiający radzenie sobie z trudną sytuacją — w naszym społeczeństwie wciąż jest oceniane na dość wysokim poziomie. Niemal połowa Polaków w sytuacjach trudnych szuka pomocy u bliskich sobie osób i — jak pokazują kolejne wyniki uzyskiwane w ramach Diagnozy Społecznej — obserwuje się w tej kwestii stałe tendencje wzrostowe (CZAPIŃSKI, PANEK, red., 2009).

Rodzice stosunkowo często próbują samodzielnie leczyć dziecko, jednakże rzadko korzystają przy tym z profesjonalnych źródeł informacji, bazując raczej na opiniach innych ludzi czy też na poradach zamieszczanych w powszechnie dostępnych gazetach. Wiąże się to przede wszystkim z mniejszymi kosztami czasowymi i finansowymi oraz mniejszym wysiłkiem, jaki trzeba zainwestować w szczegółowe ich zbieranie (FALKOWSKI, TYSZKA, 2003; TYSZKA, 2004). Wiedza o chorobie opiera się w istotnym stopniu na zdobytych doświadczeniach, związanych z wcześniejszym jej występowaniem i z przebiegiem leczenia dziecka, pozostałych członków rodziny lub osób znajomych. Rodzice zwykle poszukują informacji u lekarzy, znajomych i członków rodziny, gdyż te trzy źródła traktują jako najbardziej wiarygodne (por. ANDERSON, KNICKMAN, 2001; EDGMAN-LEVITAN, CLEARY, 1996; ISAACS, 1996). Ponownie odwołam się do wyników własnych badań wskazujących na fakt, iż działaniom wypływającym z przekonania o własnej skuteczności w leczeniu dziecka wyraźnie sprzyjają posiadane przez rodziców zasoby finansowe (por. rys. 13.). Jest to dość oczywiste, wszak posiadanie pieniędzy umożliwia zakup ogólnie dostępnych w aptekach, a często dość kosztownych preparatów farmakologicznych czy ziołowych, pozwala na swobodniejsze korzystanie z powszechnie dostępnych gazet i książek informujących, jak skutecznie leczyć dziecko, ułatwia również wykorzystywanie niestandardowych sposobów uzyskiwania dostępu do procedur medycznych, wymagających inwestowania czasu i zasobów finansowych, to zaś ugruntowuje

wtórnie wiarę w skuteczność własnych działań w zakresie samodzielnego leczenia dziecka.

Zaobserwowano, że rodzice chorujących dzieci najbardziej faworyzują strategię wypływającą z silnych negatywnych emocji. Jak ujawnił model analizy ścieżek, w istotnym stopniu działania te są uwarunkowane stylem radzenia sobie skoncentrowanym na emocjach oraz dokonywaną przez rodziców wysoką oceną ograniczeń w dostępie do świadczeń medycznych. Na szczególną uwagę zasługuje bardzo wyraźnie sygnalizowane, powszechne odczuwanie złości związanej z utrudnieniami w leczeniu dziecka. Co ciekawe, zjawisko to, jak sugerują wyniki moich badań, nie jest związane w istotny sposób z rodzajem lecznictwa, z jakiego korzystają rodzice (KOSTER, 2007). Stosowaniu tej strategii sprzyja dodatkowo skłonność do poszukiwania w sytuacjach trudnych kontaktów towarzyskich (por. rys. 13.). Jak wynika z wcześniej przeprowadzonych badań (WOJCISZKE, BARYŁA, 2005), w Polsce coraz bardziej powszechny jest obyczaj narzekania (kultura narzekania), nie tylko służący wyrażaniu własnych negatywnych opinii, dotyczących otaczającego świata, ale również znacznie ułatwiający pozyskiwanie i pogłębianie więzi społecznych, wzajemnie podtrzymujących negatywne emocje.

Polska jest powszechnie uznawana za kraj katolicki, jednakże nie zawsze w sytuacji choroby dziecka wiara stanowi dla Polaków ważne źródło wsparcia czy też pozwala łatwiej pogodzić się z zaistniałą sytuacją. Wyniki ogólnopolskich badań pokazują tendencję do stopniowego spadku liczby osób angażujących się czynnie w instytucjonalne życie religijne, przy jednoczesnym wzroście osób szukających w sytuacjach trudnych wsparcia w modlitwie; świadczy to o stopniowej deinstytucjonalizacji wiary (CZAPIŃSKI, 2009). Z przeprowadzonych przeze mnie badań wynika, iż skłonność do szukania oparcia w wierze prezentują częściej osoby leczące dziecko w lecznictwie powszechnym (KOSTER, 2007). Być może wynika to z faktu, iż większość dzieci, których rodzice byli objęci niniejszymi badaniami, nie chorowała przewlekłe, a ich choroby były uleczalne. Stwierdzono bowiem, że przy chorobach przewlekłych i nieuleczalnych rodzice mogą szukać źródeł wsparcia w Bogu, co w rezultacie obniża ich poziom niepokoju i poprawia nastrój. Chorobie zostaje wówczas nadane specyficzne znaczenie, bywa pozytywniej interpretowana, można też doszukiwać się w niej ukrytych znaczeń (GALL et al., 2005). Potwierdza to wyniki badań amerykańskich i europejskich, ujawniających, iż osoby wierzące przejawiają większe poczucie szczęścia. Obserwuje się w ich przypadku pozytywny wpływ wiary jako czynnika łagodzącego skutki negatywnych doświadczeń życiowych (CZAPIŃSKI, PANEK, red., 2009). Przeprowadzone przeze mnie badania pokazały, że dla rodziców chorujących dzieci modlitwa i paramedycyna mogą pełnić różne funkcje. Bywa, iż pozwalają wyciszyć negatywne emocje, działają relaksująco, w przypadku osób mających skłonność do koncentrowania się w sytuacjach trudnych na własnych

emocjach mogą przybierać postać medytacji, głębszej refleksji, zastępując konkretne działania, mogą być też traktowane jako formy czynności zastępczych, wreszcie w przypadku osób działających zadaniowo są jedną z wielu możliwych form szerokiego wachlarza aktywnych zachowań (por. rys. 13.).

Wśród badanych rodziców wystąpiła niska tendencja do rezygnowania z usług medycznych, pomimo napotykanych po drodze trudności. Stosunkowo najbardziej skłonni byli zrezygnować z profilaktyki (co patrząc perspektywnie może okazać się dość niebezpieczne dla zdrowia, a nawet życia dziecka) i z leczenia sanatoryjnego, sporadycznie — z badań diagnostycznych, zaplanowanych zabiegów czy leczenia szpitalnego. Z badań przeprowadzonych w ramach Diagnozy Społecznej w 2005, 2007, 2009 roku wynika, iż Polacy najczęściej rezygnują z zakupu leków i leczenia stomatologicznego, najrzadziej — z leczenia szpitalnego i badań medycznych (8%). Warto jednak podkreślić, iż ankietowanych nie pytano, czy rezygnowali całkowicie z opieki lekarskiej, czy jedynie z opieki opłacanej z własnej kieszeni.

Podsumowanie i wnioski

Na podstawie uzyskanych wyników można wysnuć wnioski, iż rodzice chorujących dzieci mogą prezentować skłonność do podejmowania aktywnych działań, bardziej lub mniej formalnych, nastawiając się zadaniowo na rozwiązanie problemu. Motorem takich zachowań bywa zarówno lęk o dziecko, jak i złość, wywołana niewłaściwą sytuacją panującą w polskiej służbie zdrowia. Odpowiedzialnością za utrudnienia w dostępie do świadczeń obarcza się przede wszystkim personel medyczny oraz ośrodki podejmujący leczenie. Być może — w świetle polskiej kultury narzekania — stanowi to wytłumaczenie coraz wyraźniej obserwowanego w szpitalach dziecięcych wzrostu roszczeniowości rodziców wobec personelu. Warto podkreślić, iż pomimo wyraźnego niezadowolenia z funkcjonowania służby zdrowia finansowanej ze środków publicznych oraz kultury narzekania, w jakiej na co dzień funkcjonujemy, nie obserwuje się zjawiska odchodzenia pacjentów do jednostek prywatnych oraz nasilenia zjawiska pisanie skarg do nadrzędnych instytucji. Badania zaprzeczyły również nagłaśnianemu w mediach zjawisku istnienia szerokiej szarej strefy w służbie zdrowia i powszechności dawania łapówek, co potwierdza ogólnopolskie dane uzyskiwane na ten temat.

Analizując otrzymane wyniki w świetle sytuacji panującej obecnie w polskiej służbie zdrowia, nasuwa się refleksja, iż rodzice — pomimo ambitnych założeń kolejnych reform — wciąż nie uzyskują prawdziwego statusu konsumenta usług medycznych, gdyż w wielu kwestiach zdrowotnych

nie mają możliwości podejmowania samodzielnych i przemyślanych decyzji, jako głównych decydentów traktując lekarza oraz ośrodek prowadzący leczenie. Dodatkowo, część usług medycznych nadal świadczona jest wyłącznie w wybranych ośrodkach na terenie kraju, inne nie są refundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia, a to z kolei zdecydowanie ogranicza możliwość dokonywania swobodnych wyborów.

Niniejsze badania zostały przeprowadzone na grupie rodziców zamieszkujących obszar Zagłębia Śląsko-Dąbrowskiego. W przyszłości warto rozszerzyć badaną grupę o populację rodziców zamieszkujących różne obszary Polski, co pozwoli zgeneralizować wyniki oraz ujawnić ewentualne różnice w zakresie strategii radzenia sobie z ograniczonym dostępem do świadczeń medycznych czy też różnice w ich uwarunkowaniach.

Bibliografia

- ANDERSON G., KNICKMAN J.R., 2001: Changing the chronic care system to meet people's needs. *Health Affairs*, 20(6), s. 146—160.
- BACKUS L.V., INLANDER C.B., 1986: Consumer rights in health care. *Nursing Economics*, 4 (6), s. 314—318.
- BAUMAN L.J., DROTAR D., LEVETHAL J.M., PERRIN E.C., PLESS I.B., 1997: A review of psychosocial interventions for children with chronic health conditions. *Pediatrics*, 100 (2), s. 244—251.
- BILLINGS D.W., FOLKMAN S., ACREE M., MOSKOWITZ J.T., 2000: Coping and physical health during caregiving: the roles of positive and negative affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79 (1), s. 131—142.
- BOGUSZEWSKI R., 2009: Korupcyjne doświadczenia Polaków oraz ich stosunek do łapownictwa. *Komunikat z badań nr BS/69/2009*. Warszawa: Centrum Badania Opinii Społecznej.
- CZAPIŃSKI J., 2004: Ekonomiczne przesłanki i efekty dobrostanu psychicznego. W: TYSZKA T., red.: *Psychologia ekonomiczna*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- CZAPIŃSKI J., 2006: Strategie radzenia sobie z problemami i trudnościami. W: CZAPIŃSKI J., PANEK T., red.: *Diagnoza Społeczna 2005. Warunki i jakość życia Polaków*. Warszawa: Vizja Press & IT.
- CZAPIŃSKI J., PANEK T., 2006: *Diagnoza Społeczna 2005. Warunki i jakość życia Polaków* [tabele]. Warszawa: Vizja Press & IT.
- CZAPIŃSKI J., PANEK T., red., 2007: *Diagnoza Społeczna 2007*. www.diagnoza.com.
- CZAPIŃSKI J., PANEK T., red., 2009: *Diagnoza Społeczna 2009*. www.diagnoza.com.
- DERCZYŃSKI W., 2000: Oszczędzanie na zdrowiu. *Komunikat z badań nr 2284 BS/27/2000*. Warszawa: Centrum Badania Opinii Społecznej.
- DERCZYŃSKI W., 2004: Opinie o opiece zdrowotnej po uchwaleniu nowej ustawy. *Komunikat z badań nr BS/159/2004*. Warszawa: Centrum Badania Opinii Społecznej.
- DERCZYŃSKI W., 2005: Niezadowolenie z opieki zdrowotnej. *Komunikat z badań nr BS/188/2005*. Warszawa: Centrum Badania Opinii Społecznej.
- DERCZYŃSKI W., 2006: O roszczeniach pacjentów i odszkodowanych. *Komunikat z badań BS/105/2006*. Warszawa: Centrum Badania Opinii Społecznej.

- EDGMAN-LEVITAN S., CLEARY P.D., 1996: What information do consumers want and need? *Health Affairs*, 15 (4), s. 42—56.
- FALKOWSKI A., TYSZKA T., 2003: *Psychologia zachowań konsumenckich*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- FELIKSIĄK M., 2009: Opinie o opiece zdrowotnej. *Komunikat z badań nr BS/55/2009*. Warszawa: Centrum Badania Opinii Społecznej.
- GALL T.L., CHARBONNEAU C., CLARKE N.H., JOSEPH A., SHOULDICE L., 2005: Understanding the nature and role of spirituality in relation to coping and health: a conceptual framework. *Canadian Psychology*, 46 (2), s. 88—104.
- GETZEN T.E., 2000: *Ekonomia zdrowia*. Przeł. M. JAKUBIAK, T. ŻUKOWSKI. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- GÓRALCZYK E., 1996: *Choroba dziecka w twoim życiu*. Warszawa: Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej Ministerstwa Edukacji Narodowej.
- HOBFOLL S.E., 2006: *Stres, kultura i społeczność*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- ISAACS S.L., 1996: Consumers' information needs: results of a national survey. *Health Affairs*, 15 (4), s. 31—41.
- JELONKIEWICZ I., 1992: Radzenie sobie rodziców z chorobą dziecka — wybrane zagadnienia. *Nowiny Psychologiczne*, 4, s. 101—108.
- Karta Praw Pacjenta — podstawowe unormowania prawne, 1997. *Dziennik Ustaw* nr 78, poz. 483.
- KIVIMAKI M., VAHTERA J., ELOVAINIO M., LILLRANK B., KEVIN M.V., 2002: Death or illness of a family member, violence, interpersonal conflict, and financial difficulties as predictors of sickness absence: longitudinal cohort study on psychological and behavioral links. *Psychosomatic Medicine*, 64, s. 817—825.
- KOSIŃSKA-DEC K., JELONKIEWICZ I., 1995: Sposoby radzenia sobie z zaburzeniami emocjonalnymi i chorobą somatyczną dziecka. *Psychologia Wychowawcza*, 4, s. 337—349.
- KOSTER A., 2007: *Strategie radzenia sobie rodziców chorych dzieci z ograniczonym dostępem do usług medycznych*. [Niepublikowana praca doktorska. Katowice: Uniwersytet Śląski].
- MACNAB A.J., THIESSEN P., MCLEOD E., HINTON D., 2000: Parent assessment of family — centered care practices in a children's hospital. *Children's Health Care*, 29 (2), s. 113—128.
- MARTIRE L.M., LUSTING A.P., SCHULTZ R., MILLER G.E., HELGESON V.S., 2004: Is it beneficial to involve a family member? A meta-analysis of psychosocial interventions for chronic illness. *Health Psychology*, 23 (6), s. 599—611.
- PARK C.L., ADLER N.E., 2003: Coping style as a predictor of health and well-being across the first year of medical school. *Health Psychology*, 22 (6), s. 627—631.
- PIETRAS M., 1994: Sprawiedliwość podziału dóbr, których jest mało. W: PIETRAS M., red.: *Wprowadzenie do psychologii ekonomicznej*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Postawy wobec zmian w służbie zdrowia*, 2004. Pentor.
- PRADEEP R., PRAKASH P., HENAL S., 2004: Psychopathology and coping in parents of chronically ill children. *The Indian Journal of Pediatrics*, 71 (8), s. 695—699.
- SINGER S., BERGTHOLD L.A., 2001: Prospects for improved decision making about medical necessity. *Health Affairs*, 20 (1), s. 200—206.
- SOBCZAK A., DUDZIK E., JUSZCZYK G., 2003: *Prywatne ubezpieczenia zdrowotne w Polsce — raport z badań*. Warszawa. www.wydawnictwo.wz.uw.edu.pl.
- SZCZEPAŃSKA J., 2007a: Opinie o opiece zdrowotnej. *Komunikat z badań BS/54/2007*. Warszawa: Centrum Badania Opinii Społecznej.

- SZCZEPAŃSKA J., 2007b: Polacy o możliwych zmianach w systemie ochrony zdrowia. *Komunikat z badań BS/57/2007*. Warszawa: Centrum Badań Opinii Społecznej.
- SZUMLICZ T., 2006: Stosunek do instytucji finansowych. W: CZAPIŃSKI J., PANEK T., red.: *Diagnoza Społeczna 2005. Warunki i jakość życia Polaków*. Warszawa: Vizja Press & IT.
- TASAK A., 2006: Służba zdrowia oczyma pacjentów. *Polityka Zdrowotna*, VI, s. 85—88.
- TAYLOR S.E., COUSINO KLEIN L., LEWIS B.P., GRUENEWALD T.L., GURUNG, R.A.R., UPDEGRAFF J.A., 2000: Biobehavioral responses to stress in females: tend-and-befriend, not flight-or-flight. *Psychological Review*, 107 (3), s. 411—429.
- TODD M., TENNEN H., CARNEY M.A., ARMELI S., AFFLECK G., 2004: Do we know how we cope? Relating daily coping reports to global and time-limited retrospective assessments. *Journal of Personality and Social Psychology*, 86 (2), s. 310—319.
- TYMOWSKA K., 2006a: Opieka zdrowotna: korzystanie, finansowanie, bariery dostępu i opinie społeczne. W: CZAPIŃSKI J., PANEK T., red.: *Diagnoza Społeczna 2005. Warunki i jakość życia Polaków*. Warszawa: VIZJA PRESS&IT.
- TYMOWSKA K., 2006b: Dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne — daleka droga. *Medical Tribune*, 6, s. 10—11.
- TYMOWSKA K., 2007: Opieka zdrowotna: korzystanie, finansowanie i opinie społeczne. W: CZAPIŃSKI J., PANEK T., red.: *Diagnoza Społeczna 2007*. www.diagnoza.com.
- TYSZKA T., 2004: Zachowania konsumenckie. W: TYSZKA T., red.: *Psychologia ekonomiczna*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, 2004. *Dziennik Ustaw* z dnia 27.09.2004.
- WENZEL M., 2008: Korzystanie ze świadczeń zdrowotnych. *Komunikat z badań nr BS/32/2008*. Warszawa: Centrum Badań Opinii Społecznej.
- WOJCISZKE B., BARYŁA W., 2005: Kultura narzekania, czyli o psychicznych pułapkach ekspresji niezadowolnienia. W: DROGOSZ M., red.: *Jak Polacy przegrywają, jak Polacy wygrywają*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

RYSUNEK 13. Model analizy ścieżek w wersji eksploracyjnej

do_og — wysokość dochodu; **cho_ro** — charakter choroby dziecka (ostra / przewlekła); **gses** — ocena skuteczności własnych działań; **swls** — poziom satysfakcji życiowej; **c_ssz** — radzenie sobie skoncentrowane na zadaniu; **c_sse** — radzenie sobie skoncentrowane na emocjach; **c_ssu** — radzenie sobie skoncentrowane na unikaniu; **c_acz** — angażowanie się w czynności zastępcze; **c_pkt** — poszukiwanie kontaktów towarzyskich; **sabd_u** — poziom urazy; **sadb_p** — poziom podejrzliwości; **ogra** — ocena ograniczeń; **inf_oce** — ocena informacji uzyskanych od personelu; **oce_rel1** — ocena wsparcia emocjonalnego ze strony personelu; **oce_rel2** — ocena zainteresowania personelu dzieckiem i jego najbliższymi; **oce_ww** — ocena własnego wpływu na leczenie dziecka; **czyn1** — aktywne uruchamianie standardowych procedur dostępu do usług medycznych; **czyn2** — uruchamianie procedur standardowych; **czyn3** — działania wynikające z bezradności; **czyn4** — działania wynikające z przekonania o własnej skuteczności w leczeniu dziecka; **czyn5** — zachowania wynikające z silnych negatywnych emocji; **czyn6** — szukanie oparcia w wierze i paramedycynie; **sat_z** — satysfakcja z leczenia

